


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
NO ATENDIMENTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO.**

Aprovado Pelo DSS
Em 14/07/95

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina, para obtenção do título de
Assistente Social, pela acadêmica


ROSILDA ISABEL CABRAL
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE-UFSC

ROSILDA ISABEL CABRAL

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1995.

“Com frequência, o câncer mata. No entanto, parece haver épocas em que adquirir o câncer é como começar a viver. A busca de nosso próprio ser, a descoberta da vida que precisamos viver, pode ser uma das armas mais fortes contra a doença”.

Leshan, Lawrence - Brigando pela vida.

DEDICATÓRIA:

Dedico este trabalho, às pessoas que estiveram presente, incondicionalmente, em todos os momentos.

Sempre acreditavam na minha capacidade e me incentivaram a lutar para ultrapassar barreiras. Aos meus pais, Francisco e Isabel, o meu reconhecimento, admiração e carinho”.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, por estar me iluminando e dando-me força no decorrer desta vida;
- A duas pessoas muito especiais, que estiveram presentes, não somente, ajudando-me e auxiliando-me, desde a escolha de minha vocação, mas, em muitos momentos, quando sua ajuda e carinho foram decisivos. Obrigado, Laureci e Valmor!
- À minha família, pelos momentos de alegria e tristezas, compartilhados juntos, pela compreensão e incentivo frente aos desafios da minha caminhada;
- À professora Vera Maria Ribeiro Nogueira pela atenção, dedicação à orientação deste trabalho;
- Aos pacientes do Hospital Universitário que, com suas experiências de vida, me proporcionaram um crescimento pessoal e profissional;
- Aos profissionais do Hospital Universitário que, durante o período de estágio, me auxiliaram, contribuindo de forma significativa, para minha formação profissional;
- Às amigas Ana Paula, Gisele e Liliane, pela amizade que se solidificou durante esta jornada;
- À Valta e à Pati, que se tornaram grandes amigas, em um momento tão difícil. Valeu a força!
- Às companheiras de estágio, Ketlyn, Tânia e Maria Eduarda com quem convivi e muito aprendi;
- Às colegas de curso, pela amizade, que nasceu e se fortaleceu durante o período que passamos juntas.
- E finalmente, a todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para nossa formação profissional e crescimento pessoal.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO I - CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	8
1.1. CARACTERÍSTICAS EMOCIONAIS, SOCIAIS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DO PACIENTE.....	9
1.2. RELAÇÃO ENTRE PACIENTE - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.	19
CAPÍTULO II - O PROCESSO DE ESTAR DOENTE	29
2.1. TRAJETÓRIA DA DOENÇA NO PACIENTE ONCOLÓGICO E SEUS REFLEXOS PSICOLÓGICOS, SOCIAIS E ECONÔMICOS:	30
CAPÍTULO III - O SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR E SUA CONTRIBUIÇÃO AO ATENDIMENTO	43
3.1. AÇÃO INTERDISCIPLINAR JUNTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	44
3.2. PARTICULARIDADES DA AÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso objetiva descrever nossa experiência de Estágio-processo integrante da formação profissional do assistente social - desenvolvido junto ao paciente oncológico do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis.

Durante a experiência vivenciada, percebemos a importância de um conhecimento mais profundo sobre a contribuição do Serviço Social junto ao paciente oncológico.

A possibilidade de resgatar e sistematizar essa contribuição, para que possa ser discutida, animou-nos a escrevê-la.

Nos últimos anos, as práticas cotidianas vêm deixando de ser relatadas, impedindo o reconhecimento e crescimento teórico-metodológico das ações executadas no espaço institucional.

O objetivo do presente trabalho será o de identificar, face às características especiais do paciente oncológico, quais as ações desenvolvidas pelo assistente social em uma equipe interdisciplinar, que atua com esse paciente no espaço hospitalar. O procedimento metodológico, para o resgate de nossa prática, foi o seguinte: A partir da leitura do diário de campo, dos relatórios e da observação fomos identificando como as ações que realizamos se articulavam com os objetivos do Serviço Social para o programa de oncologia. Após essa identificação, procuramos ordenar essas ações em procedimentos sequenciais, que incluíam a internação do paciente, sua permanência no hospital e o momento da alta. Cada uma dessas

etapas compreende um conjunto de ações, que resultam na concretização de uma ação, mais ampla.

O primeiro capítulo é apresentado em dois itens.

Primeiramente, apresentamos algumas características emocionais, sociais, familiares, profissionais do paciente oncológico. É fundamental que essas características sejam apreciadas, porque são elas que diferenciam o paciente oncológico dos demais, e indicam as formas de auxílio e abordagem do Serviço Social.

Como forma de visualizar as características do paciente oncológico, utilizamos relato e análise social das situações cotidianas no atendimento.

No segundo item, enfocamos a importância da relação entre paciente e equipe multiprofissional.

No segundo capítulo - “O processo de estar doente” - procuramos demonstrar a trajetória da doença no paciente oncológico e seus reflexos psicológicos, sociais e econômicos.

O terceiro capítulo é composto de dois itens: No primeiro, enfocamos a ação interdisciplinar junto ao paciente oncológico no Hospital Universitário. Apresentamos uma análise do contexto institucional e a atuação profissional, priorizando o atendimento desse paciente.

No segundo item, demonstramos a particularidade da ação do profissional Serviço Social junto a equipe interdisciplinar.

Para finalizar, apresentaremos as considerações finais e bibliografia, que serviu de embasamento do nosso trabalho.

CAPÍTULO I
CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE ONCOLÓGICO.

1.1. Características emocionais, sociais, familiares e profissionais do paciente.

Para saber as características dos pacientes oncológicos, é necessário conhecer que tipo de doença é o câncer.

*O câncer é um termo popular, utilizado para definir
“Um conjunto de neoplasias malignas, isto é, doenças
caracterizadas por um crescimento desordenado dos
células jovens, sem controle de mecanismo celular”
(Mayol, 1989:15).*

Segundo estudos realizados, são mais de duzentas formas diferentes de doenças neoplásicas, englobadas na palavra câncer.

*“As neoplasias evoluem de maneiras diferenciadas,
muitas crescem somente no local de origem, outras
espalham-se pelo organismo, implantando-se em outros
órgãos, estas ramificações são denominadas de
metástases”.*

(Mayol, 1989: 50).

Define-se metástase como tumores reproduzidos pelas células disseminadas, que se implantam em outros órgãos.

O câncer é visto como uma doença que causa muito sofrimento e, comumente levar a morte em pouco tempo. Em determinadas circunstâncias, e no imaginário popular, não se fala em câncer, sendo, simplesmente, usado o termo “doença ruim” ou “aquela doença”.

O câncer já é considerado, por alguns estudiosos, como um problema de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional. Os especialistas na área de oncologia afirmam que, de todos os tipos de câncer, 60% são curáveis e, os 40% não curáveis, podem ser controlados,

através de tratamento. RUBIN, (1977, SP) aponta que “nos homens, o câncer atinge mais freqüentemente a pele, o pulmão, o cólon e o reto, a cavidade oral, a próstata, o esôfago e o estômago. Entre as mulheres, aparece mais na pele, na mama, no cerviz uterino, no estômago, no cólon e o reto, no pulmão, na cavidade oral e no esôfago”.

A pessoa, ao tomar conhecimento que é portadora de uma doença grave, como o câncer, inicia uma nova etapa em sua vida.

Usualmente, as pessoas deduzem ou prevêem ter uma vivência até a velhice, e quando se defrontam com uma doença que, obviamente, resultará em morte, reagem, em sua maioria, com um choque, quase sempre seguido de raiva, e sentem-se fraudadas no que consideram como um dos seus direitos diretos à vida.

Para SIMONTON (1990: 34):

“A Raiva faz, com freqüência, parte da nossa reação ao câncer. Esse também é um sentimento que as pessoas tentam evitar, achando que, de certa forma, não é um sentimento agradável ou apropriado, no entanto, é normal que uma pessoa se sinta traída e com raiva do corpo, quando recebe o diagnóstico”.

É difícil aceitar uma doença grave, principalmente quando esta vai estabelecer-se no seu próprio organismo, causando problemas sérios, não só para o paciente, como, também, para a família, pois a grande parte dos pacientes oncológicos são casados, com idade entre 35 a 70 anos.

Com isso, o estado de ansiedade frente à doença é evidente entre os pacientes que vêem seu estado de saúde abalado. Essa ansiedade, somada ao sentimento de impotência frente

à doença, causa, muitas vezes, certa regressão no estado do paciente, até mesmo uma fase de dependência. Nem sempre, essas dúvidas são verbalizadas pelos indivíduos, e, quando não o fazem, acabam por colaborar com o aumento da ansiedade e da elaboração errada sobre sua doença.

A ansiedade e busca de resposta podem, de certa forma, prejudicar o estado geral do paciente. Dentro dessa visão, a ansiedade sempre antecede a angústia.

SIMONTON (1990: 14) aponta, ainda, que:

“A compreensão atual do câncer confirma a teoria de que a cura pode ser profundamente influenciada por fatores psicológicos e emocionais. Estamos começando a entender que os fatores, que contribuem para o surgimento do, câncer incluem a predisposição genética, a exposição a produtos cancerígenos e a reação ao estresse”.

Na maioria dos pacientes, os sentimentos reprimidos aumentam a depressão emocional, o que pode retardar a cura. A depressão e o estresse reduzem a reação imunológica; por isso, é importante que a pessoa com câncer desenvolva uma vida emocional mais completa e menos estressante.

Durante muito tempo, a imprensa nos bombardeou com a seguinte frase “O câncer mata”. Essa mensagem tinha como objetivo motivar as pessoas a pararem de fumar, por ser esse hábito um dos fatores que ocasionam a doença. Tal frase teve duplo objetivo, pois, também, reforçou a crença cultural de que o câncer e morte são sinônimos, e fez crescer, ainda mais, o choque e a ansiedade que sentem as pessoas ao receber o diagnóstico de câncer. Com

isso, percebemos uma característica marcante entre os pacientes, ou seja, têm a idéia de que o câncer mata, e reagem à doença com uma sensação de desamparo e desesperança. Isso só vem prejudicar, porque, dependendo do tipo específico de câncer, e do estágio em que ele é descoberto, o paciente pode receber um bom prognóstico e, conseqüentemente, recuperar a saúde.

No depoimento abaixo, pode-se verificar referencia a essa questão:

“... Não tenho mais nenhuma esperança; esta doença é cruel demais. Tinha uma vida tranqüila, agora sei, que vou morrer; sei também que não adianta fazer mas nada, porque não tenho cura”

(J. R., 43 anos).

É normal a pessoa com câncer apresentar desesperança ou se sentir deprimido, principalmente, quando doença não apresentava nenhum sintoma, e talvez sentisse que tinha controle sobre sua vida, inclusive de manter sua saúde em perfeito estado. No entanto, agora, seu corpo mostra-lhe que é finito, e que, talvez, não tenha mais condições de controlá-las.

Muitos pacientes demonstram tal sintoma, desde o início da comprovação do diagnóstico. Esse sentimento ocorre devido ao vazio e frustração, e a depressão poderá ser um instrumento na preparação da perda iminente de tudo e de todos.

As várias formas de perda parecem desempenhar papel central entre as mudanças de vida dos pacientes oncológicos.

“... Agora que eu estava começando a curtir a vida, meu marido, meus filhos até mesmo meu emprego, agora tenho que deixar tudo para trás, para cuidar da minha

saúde; só espero que não seja tarde demais, pois estou com uma doença muito ruim”

(M. F., 38 anos).

Em meio de correrias a consultórios, laboratórios e hospitalizações, que, no momento, são preocupações primordiais, o paciente deixa para, segundo plano os amigos e o lazer. Geralmente, deixa de trabalhar e, com isso, sofre, também perdas econômicas.

PINKUS (1988: 40) aponta que:

“Um profissional ou um autônomo que ao adoecer, perde a fonte de renda, encontrará maiores dificuldades em aceitar a enfermidade”.

A perda do emprego causa no paciente uma reação deixando-o deprimido e diminuindo sua motivação no processo de recuperação. Na maioria das vezes, isso acontece devido as longas ausências no hospital, ou por haver alguma impossibilidade de exercer suas funções profissionais. Isso também aumenta, no paciente, a insegurança, principalmente, quando o mesmo é o sustentáculo principal da família, e o responsável pelo seu próprio sustento.

As mudanças econômicas, que surgem com a perda do emprego, podem ser desastrosas. A maioria dos pacientes sentem-se entediados e inúteis. Conscientemente, sabem que:

“Adoecer, nesta sociedade, é conseqüentemente, deixar de produzir, e, portanto, de ser; é vergonhoso, logo, deve ser ocultado e excluído, até porque dificultam que outros familiares e amigos também produzam”

(Pitta, 1990:37).

Com a gravidade da doença, e a necessidade de um tratamento contínuo, os pacientes com câncer dificilmente retornam à atividade profissional, havendo, assim, um decréscimo na renda familiar, pois passa a receber apenas auxílio previdenciário, quando tem direito ao mesmo.

É importante ressaltar que a grande maioria dos pacientes não são esclarecidos sobre a Previdência Social, não sendo segurados antes de adquirirem a doença. Com a enfermidade, impossibilitados de trabalhar, não poderão usufruir dos direitos previdenciários.

É compreensível que, com um salário baixo, a situação se complique, ainda mais, para os pacientes. Como atender as necessidades pessoais de moradia, vestuário e, além disso, como resolver seu problema de saúde é uma questão que se apresenta com frequência.

Verifica-se que essas preocupações estão relacionadas ao alto custo do tratamento, dos medicamentos e às despesas com passagem e alimentação, quando vêm do interior do estado. Com isso, se vêem obrigados a vender bens que levaram anos para adquirir e, tendo que mudar seus hábitos em decorrência dos altos custos para enfrentar a doença, deixam de viajar, passear, enfim, há uma modificação no seu cotidiano e de sua família.

O paciente, com a doença, não podendo mais trabalhar, passa a ser dependente da família, perde prestígio e renda com a aposentadoria; enfim, decai a sua posição social. Isola-se devido ao medo da rejeição dos amigos, dos colegas de trabalho, da família, por ser portador de câncer.

“O medo da autenticidade pode, as vezes, constar do receio de não ser aceito socialmente como se é. O disfarce ou engano de si próprio leva à construção de esquemas e de situação que não trazem as satisfações e emoções desejadas”

(Olivieri, 1985:66).

Quanto a isto TÄHKÄ (1988: 33) aponta que:

“O medo e a preocupação podem variar, consideravelmente, de paciente para paciente (...). Esses sentimentos são reações biologicamente apropriadas à ameaça de perigo ou perda”.

O fato de estar associado à morte, talvez seja a razão principal do medo, que aflige os pacientes. Na maioria dos casos, o medo revela-se em visões de uma morte longa e dolorosa; muitos pacientes ficam obcecados por esse medo e, com frequência, o reprimem. Esse medo é, às vezes, exagerado pela herança que o câncer carrega, pois muitos ainda crêem que o câncer é incurável.

TÄHKÄ (1988: 36) relata a experiência de dois cientistas ATTKEN-SWAM e PETERSON, que examinaram 2700 pacientes de câncer e descobriram que 45% deles haviam adiado a visita ao médico pelo menos durante três meses, contados da época em que primeiramente notaram seus sintomas (...). Mostrou que, na maioria dos casos, os motivos para isso foram o medo e o pensamento de que o câncer não pode ser curado”.

O motivo que leva o paciente a ter tanto medo do câncer, é porque ainda não compreendemos sua natureza, nem podemos prever sua evolução. Uma doença provoca menos ansiedade, quando podemos compreendê-la e, portanto, de certa forma, controlá-la.

Os pacientes dificilmente enfrentam e aceitam a presença da doença, e suas conseqüências, ou os sentimentos que ela pode evocar. Isso ocorre, principalmente, quando aqueles que sustentam uma família (e mães de crianças pequenas, com frequência) mantêm por um longo tempo a esperança de que os sintomas desapareçam por si próprios, uma vez que

uma doença, e uma provável hospitalização, significam grandes dificuldades em termos de renda familiar e rotinas diárias.

“Não procurei médico antes, porque não sentia nada, e ainda não sinto, e porque não tenho muito tempo, pois tenho três filhos e meu marido trabalha fora, só chega a noite em casa. Meu problema, eu acho que não é muito sério, eu nunca fiquei doente. Só estive em hospital quando foi para ganhar meus filhos; estou preocupada, com um certo medo dos resultados dos exames, mas quero pensar positivo”

(M. S., 52 anos).

Com certeza, todos nós sabemos que vamos morrer. Então, por que ter medo de saber que tem câncer? Todos nós, indistintamente, estamos morrendo um pouco a cada dia que passa. Não é intenção dizer que a pessoa com câncer não esteja numa posição geradora de ansiedade, mas, na verdade, é que ninguém sabe exatamente quanto tempo lhe resta de vida.

O câncer nos faz abrir os olhos, e nos ensina que a vida é curta demais para adiarmos tudo o que realmente queremos, as pessoas começam a perceber o quanto gostam da vida. Esse tipo de pensamento não ocorre apenas à pessoas portadora de câncer, mas, também, estende-se à família, a qual toma parte nessa situação.

CASSORLA, em seu livro - DA MORTE (1991: 13), relata uma das canções escritas por Jorge Luiz Borge, que descreve os sentimentos ocultos emergentes em determinados momentos da vida.

“Se eu pudesse viver novamente a minha vida, na próxima, trataria de cometer mais erros. Não tentaria ser tão perfeito. Relaxaria mais, seria mais tolo ainda do

que tenho sido. Na verdade, bem poucas coisas levaria a sério. Seria até menos higiênico. Correria mais riscos. Viajaria mais, contemplaria mais entardeceres, subiria mais montanhas, nadaria mais rios. Iria a lugares onde nunca fui, tomaria mais sorvete e não sopa. Teria mais problemas reais, e menos problemas imaginários. Eu fui uma dessas pessoas que viveu sensata e produtivamente, cada minuto de sua vida. Eu era uma destas pessoas que nunca ia a parte alguma sem um termômetro, uma bolsa de água quente, um guarda-chuva e um pára-quedas. Se voltasse a viver, viajaria mais leve. Se eu pudesse voltar a viver, começaria a andar descalço no começo da primavera e continuaria, assim, até o fim do outono. Daria mais voltas na minha rua, contemplaria mais amanheceres e brincaria com mais crianças, se tivesse outra vez uma vida pela frente”.

Esses sentimentos representam para o paciente, uma dificuldade para que essa seja superada, na medida do possível, cada pessoa da família deve continuar a respeitar suas necessidades, e manter sua vida como antes, cada um deve ficar mais forte para lidar com a crise do câncer e ter mais carinho e força para dar ao paciente. Nessa hora, o que mais o paciente necessita é de apoio.

É importante lembrar que, à medida que o paciente toma conhecimento da sua situação, ele mesmo deve tomar suas decisões.

De acordo com MATTHEWS - SIMONTON (1991: 52):

“O paciente deve ser incluído em todas as decisões a respeito da sua doença. Mesmo, quando se quer dar más notícias ao paciente, deve-se refletir cuidadosamente. A família só se torna uma equipe, quando todos os

membros participam das decisões a serem tomadas. O paciente, em especial, precisa sentir que detém o seu próprio controle. Antes de mais nada, trata-se da sua vida; com certeza, a doença afeta a todos mas o paciente é quem deve tomar as decisões importantes a respeito de sua vida ou morte”.

É necessário tratar o paciente oncológico como uma pessoa comum, e não como alguém a ser temido ou evitado, procurando ouvi-lo, envolvendo-o no processo de tomada de decisão. Só assim, ele se sentirá mais forte para vivenciar todo esse processo de mudança.

1.2. Relação entre Paciente - equipe Multiprofissional.

Com a hospitalização, a equipe multiprofissional passa a desempenhar um papel muito importante para o paciente, já que está fazendo parte de sua vida e do seu novo meio social, no convívio que ambos estabelecem durante um certo período.

Essa equipe é formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, atendentes, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e outros. Esses profissionais, no seu envolvimento com o paciente, visam os mesmos objetivos que é o de proporcionar-lhe saúde e bem estar.

Para que esses objetivos sejam alcançados, é fundamental que os profissionais da saúde estabeleçam com o paciente um bom relacionamento, a fim de que possam conhecê-lo em sua totalidade. Acreditamos que, é preciso estar presente também como uma pessoa em sua totalidade, ampliando a capacidade para compreender, responder e se relacionar.

REMEN (1993: 180), aponta o comentário de um experiente médico:

“Minha própria experiência anterior está presente em cada novo relacionamento com um paciente. Quanto mais rica minha experiência, mais me sinto capaz de compreender o outro; se já me senti preso dentro de mim mesmo, posso perceber como o paciente está confuso; se já resisti a mudanças em mim mesmo, conheço a intensidade de sua luta; se já experimentei minha própria tristeza ou fraqueza, e consegui alcançar a felicidade ou a força, estou consciente do potencial que existe no paciente. Posso compartilhar sua excitação, ao descobrir um processo semelhante. Quanto mais tiver vivenciado a universalidade de minha própria natureza, humana, através da família ou de amigos, da literatura ou do teatro, de um processo conjunto ou muitas outras maneiras de se valorizar nossa própria unicidade, mais

posso sentir compaixão, pois minha luta é a dele, e a dele é a minha”.

Acreditamos que, para o profissional e paciente atingirem seus objetivos, é necessário um amplo conhecimento de ambas as partes. E é através da comunicação, do diálogo, da troca de informação, que se pode instaurar uma relação verdadeira, adquirindo-se conhecimento, confiança, respeito mútuo, evitando-se distorção no que se deseja comunicar.

É importante ressaltar que, quando uma pessoa vai em busca dos serviços da instituição da saúde, adquire um novo status, isto é, recebe a denominação de paciente. Nessa relação, a pessoa internada é despida de todos os seus valores, cultura e atributos existenciais. Na maioria das vezes, deixa-se de tratar a pessoa e trata-se a doença da pessoa.

Diante do fato, consideramos necessário romper com a visão institucional de pessoa internada, e concebê-la como pessoa-sujeito, situada, livre, portadora de valores, poderes, direitos, uma identidade, em suma, uma dignidade.

Dessa forma,

“O primeiro passo para o sucesso nas profissões relacionadas à saúde do homem é ter uma boa compreensão do ser humano, das suas necessidades, capacidades e desejos (...). Qualquer ação humana precisa estar orientada no sentido da valorização da pessoa e da auto-afirmação do ser (...)”

(Olivieri, 1985: 15).

Acreditamos que, através da possibilidade de comunicação pessoa-profissional, se estabelecerá uma relação propícia à participação da pessoa. Torna-se necessário compreender toda a estrutura em que a pessoa se encontra inserida, posição que nela ocupa e suas relações

com as pessoas com quem convive, visando ao fortalecimento da personalidade, autodeterminação, e objetivando o seu bem estar.

“As pessoas se relacionam entre si, transformando-se, mutuamente, e a realidade que as rodeia. Sem a comunicação, cada pessoa seria um mundo fechado em si mesmo. Pela comunicação as pessoas compartilham experiências, idéias, e sentimentos ao se relacionarem como seres interdependentes, influenciam-se mutuamente e na realidade onde estão inseridos”

(Bordenave, 1985: 36).

Vemos através desse conceito, que a comunicação é a forma do homem entrar em relação com outras pessoas, com o meio onde vive. É através da expressão de sentimentos, idéias e conhecimentos que o homem se dá a conhecer ao mundo, tentando transformá-lo.

Assim acontece com os profissionais e paciente, a relação que se estabelece é, antes de mais nada, uma relação de ajuda, um encontro de pessoas, uma relação orientada por exigências precisas, existentes antes do próprio encontro. É uma relação que deve envolver toda a personalidade do profissional a nível consciente, como, também, deve acontecer com o paciente. Quero dizer, é um relacionamento que não deve se realizar apenas a nível intelectual, mas, também, no afetivo; isso é empático.

“Por empatia, compreendemos um processo que permite ao profissional da saúde “colocar-se no lugar” do enfermo, isto é, tomar consciência, quase identificando-se com a sua situação, podendo, assim, saber quais são as suas dificuldades e seus estados de ânimo”

(Pinkus, 1988: 137).

É importante tanto o profissional como o paciente, apresentar-se o mais espontaneamente possível, respondendo, ambos, a suas necessidades recíprocas, com todos os aspectos de sua própria natureza, como mente, intuição sabedoria, sentimento e compaixão, utilizando todos os recursos humanos para atender e favorecer o processo de cura.

REMEN (1993: 208)

“o profissional e paciente trazem dois diferentes tipos de informação, o que é importante para a tarefa que têm pela frente. Ambos devem estar dispostos a educar e a ser educado pelo outro, pois nenhum deles pode assumir a responsabilidade de desempenhar a sua parte na recuperação da saúde, sem a informação fornecida pelo outro”.

O autor acrescenta, ainda, que: O profissional, como resultado de anos de estudos e experiência, leva para o relacionamento um amplo conjunto de informações sobre o processo da doença, e as diversas técnicas e métodos disponíveis para o tratamento (...), os pacientes trazem, também, outro tipo de informação, que é vital para a recuperação da saúde, o conhecimento pessoal, que tem a respeito de si mesmo, como indivíduo único.

Com isso, percebemos que as informações trazidas pelo profissional e pelo paciente influenciam os objetivos do relacionamento, e os meios mutuamente escolhidos para alcançar esses objetivos.

Em se tratando de paciente oncológico, o quadro muda um pouco, pois a morte está por vir, os recursos disponíveis se esgotam, e a idéia de salvar a vida já se torna abalada, impondo aos profissionais uma situação trágica, rodeada de fracassos, medo e fuga.

Quanto a esse fato, BOEMER (1983: 34) declara que as escolas de saúde tendem a sugerir a preservação da vida como um sucesso do profissional e a constatação da morte próxima como um fracasso.

Na realidade, quando esforços para prolongar a vida fracassam, ou quando nenhum tipo de esforço é viável, os profissionais de saúde, usualmente, perdem o interesse e saem de cena, e, dependendo das circunstâncias, o paciente é, freqüentemente, deixado só. Como não há normas ou modelos de assistência do doente, temos a sensação de não saber exatamente o que fazer, e a tendência é deixar o assunto para discutir depois, produzindo-se um tipo de morte social para o paciente.

Nesse mesmo sentido, SANTOS FILHO (1985: 08) fala que:

“Dentro da vocação médica, somos levados por uma necessidade de cuidar de uma parte doente de nós mesmos, ou seja, o indivíduo vai ser médico, também para se tratar, para cuidar de alguma coisa que sente adoecido em si mesmo. Considera que essa parte adoecida esteja envolvida em todo esse rolo de identificação, e obviamente, isso cria um polo de confusão entre médico e o paciente. Cuidando de si próprio, e de uma determinada maneira, cria uma seleção de conduta e de padrões da relação médico-paciente. O relacionamento será melhor ou pior, segundo os pacientes se identifiquem ou não com a nossa parte doente”.

Podemos ressaltar que uma das grandes dificuldades encontradas pelos médicos se constitui no sentimento de culpa ligado ao fato da morte. Apesar de ter consciência de que foi feito tudo pelo paciente, o profissional não fica satisfeito, e acha que poderia ter feito algo

mais; para ele, é nesse algo mais que entra a onipotência, não da necessidade de cuidar ou de curar, mas de salvar.

“Essa salvação torna o profissional de saúde enobrecido, mas traz uma carga: se há onipotência por investir num ato, a falha desse ato acarreta um castigo do mesmo tamanho”, (SANTOS FILHO, 1985: 11). Esse é dos motivos que causam afastamento entre o paciente e a equipe hospitalar, isto é, a dificuldade pela qual passam os profissionais da saúde, que se vêem imbuídos da responsabilidade de curar. Quando ocorre o diagnóstico da doença, ou a morte, atribui-se ao profissional o insucesso do tratamento, não se considerando essa, uma situação inevitável para o ser humano.

Por esse fato a equipe de saúde tem grandes dificuldades em lidar e comunicar aos pacientes sobre a situação, enquanto doentes. Quando são obrigados a comunicar, a doença, muitas vezes, os profissionais se escondem atrás de uma linguagem técnica, que o doente e sua família são incapazes de compreender, não questionando nem se sentindo à vontade para exporem suas dúvidas e emoções sobre o problema.

Entretanto, a relação médico e paciente tem passado por algumas modificações, e isso pode ser verificado, através do novo código de Ética Médica (1988). O código, em seu artigo 59, diz que:

“É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”.

Esse artigo, em relação ao antigo Código Brasileiro de Deontologia Médica, diz, em seu artigo nº 25, que é vedado ao médico:

“Deixar de informar o paciente, sua família ou responsável do diagnóstico, terapêutico, prognóstico e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação possa provocar danos ao paciente”.

Assim, o avanço é no sentido de que, se a informação não pode ser dada ao paciente, deve ser dada ao seu responsável legal. A responsabilidade e a decisão de se informar, ou não, ao paciente sobre sua doença, ficam divididas entre profissional e responsável pelo doente, mas garante-se que a informação seja repassada.

O novo Código de Ética também, prescreve, em seu artigo nº 70:

“É vedado ao médico negar ao paciente acesso ao seu prognóstico médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiro”.

Observamos que o paciente tem garantido o direito ao acesso de informações. E é justamente o componente relacional, que permite a abertura de um espaço, onde as dúvidas ou incompreensão podem ser superadas, através da comunicação das informações.

GAUDERER (1991: 167) diz que, “quando o paciente não compreende o que o médico deseja lhe transmitir, o problema é do último, pois é ele que tem as condições intelectuais necessárias para se fazer compreender, explicitando os seus pontos de vista das formas mais variadas”.

É necessário notificar que a maioria dos pacientes oncológicos sofre um processo de negação da doença, não conseguindo compreender sua extensão. A doença é uma situação extremamente dolorosa para o paciente e, assim, pode ocorrer a rejeição da informação. Quando o paciente nega a doença, ele pode não concordar com o tratamento, não o seguindo adequadamente, nem compreendendo as informações dadas pelos profissionais. Sendo assim, é fundamental uma boa relação com o paciente, para que ele possa aceitar sua doença e ser co-responsável em seu tratamento.

REMEN (1993: 206) aponta que, a responsabilidade de fazer um diagnóstico e orientar o tratamento é a base de um relacionamento humano antigo e bastante valorizado. O princípio subjacente desse relacionamento foi discutido por uma enfermeira:

“A palavra “Cuidar” está relacionada à palavra “nutrir” e essa é, na verdade, a essência da profissão. Vejo nosso trabalho como o de nutrir o paciente, o de despertar sua força para que ele tenha acesso a ela e possa atingir o melhor estado de sua saúde possível”. Nos períodos de doença, quando o corpo está exausto e as pessoas sentem-se cansadas e desanimadas, é penoso conseguirem se afastar da dor e da fraqueza física, para enxergarem a si mesmas como algo mais do que sua doença. Algumas vezes, também é complicado para o profissional da saúde enxergar o paciente como algo mais do que um “CA metastático” ou um “AUC”. Quando as pessoas estão doentes, ficamos lá para que se apoiem em nós, e nossa disposição para agir em seu benefício é um conforto nesses momentos. Mas é imperativo enxergar, ajudar a despertar as partes do paciente, que não se encontram doentes, que são fortes, para que ele utilize esse recurso, a fim de recuperar e melhorar sua saúde e independência ao grau mais

elevado possível. Cabe a nós, como profissionais, estimular e ajudar as pessoas a participarem do estabelecimento do curso de seu tratamento, de seu futuro e sua direção; ao fazê-lo, tornamo-nos seus aliados e não seus amos”.

Acreditamos que, quando o paciente sente-se à vontade, e com segurança para conversar com os profissionais sobre suas angústias, é porque novas dúvidas podem surgir e serem somadas, e, com isto, fazer com que o paciente participe, mais efetivamente, do seu tratamento.

Para GAUDERER (1991), quando a relação médico-paciente se torna democrática, flexível, e de responsabilidades mútuas, é inevitável a desmitificação do médico, tornando-o mais humano e, assim, sem o peso de exigências impossíveis. O paciente passa a dividir a responsabilidade com o médico, deixando de ser infantilizado, tutelado, para se tornar um indivíduo, um cidadão, que julga e opina conscientemente. Há, então, a divisão de poder, de responsabilidade e de deveres.

A afirmação de GAUDERER (1991), de que o paciente deve se tornar um cidadão, que julga e opina conscientemente, serve, também, para justificar o interesse do serviço social pela comunicação entre profissional e paciente. Um relacionamento mais democrático, aberto, em que exista a divisão de responsabilidades e de poder, envolvendo o respeito mútuo e a troca de saberes, permite que a pessoa se torne apta a decidir e reelaborar, criticamente, não só as ações terapêuticas voltadas à sua enfermidade, mas, também, o seu papel social.

O emprego, pelo Serviço Social, do processo de comunicação entre profissional e paciente deriva dos próprios objetivos profissionais de conscientização, organização e de conseqüente participação integral do homem na sociedade, com vistas a transformar as

relações sociais. No momento em que o homem tem consciência do seu lugar no mundo, ele tem capacidade de avaliar o mesmo, e de participar, mais realisticamente, na sociedade, para transformá-la. *Acreditamos que, através de um relacionamento mais democrático, com liberdade para opinar, e com direito a informações e críticas, os profissionais e pacientes terão um relacionamento mais solidário e igualitário.

CAPÍTULO II
O PROCESSO DE ESTAR DOENTE

2.1. Trajetória da doença no paciente oncológico e seus reflexos psicológicos, sociais e econômicos:

Ao se falar de câncer, usualmente, as pessoas relacionam a doença com a possibilidade de morte iminente. “A morte se teme, quando não se pode viver a vida” (CASSORLA, 1991: 23).

A percepção e o entendimento sobre a morte vem sofrendo constantes mudanças, dependendo de fatores culturais, sociais políticos e econômicos dos diferentes grupos sociais.

“A morte é considerada como uma ruptura brusca das relações interpessoais, ratificação violenta dos limites de nossas potencialidades tecnológicas e eventos para o qual de modo algum está-se preparado”

(Pinkus, 1988: 114).

É certo que a morte é um fato concreto, que ninguém deixará de vivenciar.

Contudo, ela é concebida sob diversos prismas. CASSORLA (1991: 80), baseado em PHELLIPE ARIÉS, comenta que, na época medieval, o homem sabia quando iria morrer, pela presença de avisos, signos, ou convicções internas. A morte era esperada no leito, e autorizada a presença de parentes, vizinhos, amigos e até mesmo crianças. Havia uma aceitação dos ritos, que eram cumpridos de forma cerimonial, mas sem dramatização excessiva. Podemos dizer que os antepassados presenciavam a morte como algo natural.

Segundo o mesmo autor, a partir do século XIX, a morte é considerada bela, sublime, repouso, eternidade, e a possibilidade de uma vida após a mesma. Ela passa a ser desejada. A

morte, conforme conceito desse período, traz a possibilidade de evasão, liberação, fuga para o além. Nesse período, havia uma crença na vida futura, provocando todo tipo de superstições.

Atualmente, quase no século XXI, a morte não é um fenômeno natural; é temida pela maioria das pessoas. A sociedade atual expulsou a morte para proteger a vida; já não há sinais de que uma morte ocorreu. A característica do século atual é dar a impressão de que nada mudou; a morte não deve ser percebida. CASSORLA (1991:81) enfatiza que “a morte é um fracasso, impotência ou imperícia; por isso, deve ser ocultada. O triunfo da medicalização é manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio”.

Se na idade média, a morte estava nas “salas de visitas”, hoje é transferida do lar para o hospital, o que é conveniente para esconder a repugnância e os aspectos nefastos da doença.

A maioria das pessoas não vê os parentes morrerem, pois ficam afastadas, aparentemente, para não incomodar o silêncio dos hospitais, não atrapalhando o trabalho dos médicos e não tornando visível a presença da morte, através de suas lamentações, choros e questionamentos.

Acreditamos que hoje, mais do que nunca, a morte é tida como um fato temeroso e apavorador, pois o avanço rápido das técnicas e as novas conquistas científicas, principalmente na medicina, permitem o prolongamento da vida do homem, aumentando, também, o número de pessoas gravemente enfermas, portadoras de doenças crônicas e fatais, entre elas, o câncer.

As pessoas recorrem a todos os recursos disponíveis, e tornam-se, cada vez mais, dependentes das técnicas avançadas, que são encontradas nos hospitais, o que faz com que fiquem a maior parte do tempo ao lado de máquinas e aparelhagens que, por sua vez, substituem o tempo ao lado dos familiares, tudo em busca da sobrevivência.

É importante ressaltar que:

“paciente com câncer é um “ser doente”, e não uma “doença”; cada ser tem uma história de vida, características de personalidade, uma inserção social e desejos que o acompanham até esses momentos, que lhe são peculiares e que o diferenciam de outras pessoas com a mesma doença”

(Cassorla, 1991: 86).

Estar doente pode mobilizar mecanismos de defesa, como forma de se proteger. O paciente oncológico, ao saber do diagnóstico, inicia um processo racional subdividido em fases.

ELIZABETH KÜBLER-ROSS (1985) descreve em seu livro *A Morte e o Morrer*, os cinco estágios de consciência da doença, que são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

O primeiro estágio de negação surge, quando o paciente toma conhecimento de que está gravemente enfermo, tendo uma reação de não aceitação da doença. São características dessa fase afirmações desse tipo “não, eu não, não pode ser verdade”. É a negação que, com frequência, é acompanhada por um certo choque durante um ou mais dias. Para muitos pacientes, a negação assume uma forma intelectual. É quando surgem as desconfianças quanto à competência profissional, quanto à veracidade e fidelidade dos laudos laboratoriais e radiológicos.

Depois de receber a notícia, procuram outros médicos, exigem novos exames e novos testes, na esperança de descobrir que a primeira conclusão foi um erro.

Segundo a autora, essa fase é visível, tanto nos pacientes que recebem diretamente a notícia, no começo de sua doença, quanto naqueles a quem nada havia sido dito, e, ainda, naqueles que vêm a saber mais tarde, por conta própria.

A maioria dos pacientes, nessa fase, conversa muito rápido e superficialmente sobre a realidade dos seus sintomas. Fazem programações de viagem, festas e querem iniciar projetos de vida. Demonstram incapacidade de continuar encarando o fato, realisticamente.

É freqüente muitos dos pacientes usarem a negação como tática para escolher pessoas, entre os familiares e membros da equipe hospitalar, com quem possam discutir assuntos ligados à sua doença ou sua morte iminente. E tentam fingir que apresentam melhora em seu estado de saúde para aqueles que não suportam a idéia de sua morte.

Para o profissional, que está interessado no comportamento humano, nas adaptações e nas defesas de que os seres humanos lançam mão para enfrentar essas dificuldades, não existe melhor lugar para aprender do que ficando lado a lado com o paciente, ouvindo-o, e retornando mais vezes. Mesmo que o paciente não tenha vontade de falar no primeiro ou no segundo encontro, logo se desenvolve um sentimento de confiança pelo fato de se encontrar, ali, alguém solícito, disponível e assíduo.

Constata-se que, nessa fase, o paciente se sente inseguro. E é preciso um conhecimento global para poder chegar-se à essência de sua negação, que pode ser influenciada por vários aspectos, como familiares, econômicos e psicológicos.

ROSS (1985: 53-59) aponta um exemplo de uma paciente que fez uso acentuado da negação, por um longo período, demonstrando o que a influenciou para permanecer, tanto tempo, com a mesma reação:

“Rejeitada pela família, desconsiderada ou ignorada pelo pessoal do hospital, tornou-se figura de causar pena, cabelos em desalinho, sentada à beira da cama, desesperadamente só, discando o telefone para ouvir um ruído qualquer. Encontrou refúgio passageiro na ilusão da beleza, flores e carinho, que não podia obter na vida real. Não tendo uma formação religiosa sólida para ajudá-la a atravessar a crise, foram necessários semanas e meses de companhia, o mais das vezes, silenciosa, para ajudá-la a aceitar a morte sem suicídio e sem psicose”.

Essa fase não é mantida por muito tempo; são poucos os pacientes com câncer, que conseguem manter a ilusão de estarem saudáveis frente a uma deterioração constante, até o momento da morte. Lentamente, passam a reconhecer sua realidade e atingem o estágio seguinte. Esse segundo estágio surge, quando não é mais possível manter firme o estado de negação; ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Surge a lógica de uma pergunta “Por que eu?”. Nesse estágio, a família e o pessoal hospitalar sentem dificuldade de lidar com o paciente, pois a raiva se propaga em todas as direções, e projeta-se no ambiente, sem razões plausíveis.

É normal, nessa fase, as agressões verbais, as insistências de concretização das vontades superficiais, os comentários depreciativos quanto à atenção que lhe vem sendo dispensada pelos amigos, familiares e pelos profissionais.

O paciente procura fugir da realidade. É possível que ele se sinta carente, emocionalmente, e negue essa necessidade, rejeitando a família. Muitos pacientes pedem a seus maridos e filhos que não os visitem no hospital; outros permitem as visitas, porém viram-se de costas para dormir.

Esses pacientes não admitem que são muito dependentes das pessoas que amam. Essas dependências podem despertar muito medo, e fazê-los reagirem à insegurança, mostrando que não precisam de ninguém. É como se eles dissessem claramente à família: “não preciso de vocês, vou mostrar que não preciso de vocês”. Esse tipo de isolamento faz com que aumente a depressão, a angústia e a ansiedade do paciente. Essas reações terão um efeito psicológico sobre o processo de doença, reduzindo a possibilidade de recuperação.

Quando o paciente não agüenta mais ficar nesse isolamento, começa a fazer exigências, a se queixar e reclamar atenção, talvez para que todos percebam que ainda está vivo.

“Um paciente, que é respeitado e compreendido, a quem são dispensados tempo e atenção, logo abaixará a voz e diminuirá suas exigências irascíveis. Saberá que é um ser humano de valor, que necessita de cuidados, que o deixam atuar nos mais altos níveis possíveis, naquilo que ele pode. Será ouvido, sem necessidade de explosões temperamentais, será visitado, sem precisar tocar a campainha com tanta insistência, porque será um prazer visitá-lo e não uma obrigação necessária”.

(Ross, 1985:63).

É necessário respeitar o paciente, e entender o extravasamento de suas angústias, suas ansiedades e o medo de morrer. Com a cooperação por parte de amigos, familiares e profissionais da saúde, o paciente irá, naturalmente, diminuir sua irritação, substituindo-a por quietude e solicitação de apoio, ajuda e troca.

Percebendo que sua ira não altera a realidade inaceitável, utiliza-se, então, da barganha como novo instrumento. Esse terceiro estágio, o da barganha, é o menos conhecido, mas igualmente útil ao paciente, embora por um tempo muito curto.

Nesse estágio, o paciente tenta superar seu mal, através de promessas e barganhas, procurando comportar-se disciplinadamente, esperando receber como recompensa a cura do seu mal ou, no mínimo, um aumento do tempo de vida que lhe resta, ou alívio dos sintomas. Inicialmente se volta para a equipe hospitalar, à qual ele oferece potenciais vantagens, se conseguirem tirá-lo daquela situação. Logo depois, volta-se para Deus, e surgem as orações, obras de caridade e peregrinações em troca da saúde perdida ou um prolongamento temporário de vida, para poder estar presente a uma data ou evento importante.

Constatou-se que a maioria das barganhas são mantidas, geralmente, em segredo por muito tempo.

A barganha é apenas um instrumento que o paciente usa para adiar a morte iminente. Quando o paciente percebe que tais negociações também não produzem resultados, passa para o quarto estágio, que é o da depressão, que ocorre, quando o paciente não pode mais negar sua doença.

Quando o paciente é forçado a submeter-se a mais uma cirurgia ou hospitalização; quando começa a apresentar novos sintomas e torna-se mais debilitado e mais magro, sua revolta e raiva cederão lugar a um sentimento de grande perda, a curto ou a longo prazo.

“Essas perdas podem relacionar-se ao meio ambiente a que está acostumado, ao papel e função costumeira, ao relacionamento humano, ao conforto físico e às vezes, a partes do corpo ou sua função. Todas essas perdas podem deprimir o paciente”

(Táhkä, 1988:193).

A autora KUBLER-ROSSO destaca dois tipos de depressão: a primeira, que classifica como uma depressão reativa, e a segunda, como uma depressão preparatória. A primeira surge

em função da perda da beleza e do vigor físico, perda financeira, devido ao custo hospitalar ou à perda de emprego. A preparatória reflete a preparação para a separação final do mundo, quando ele perderá tudo e todos que ama.

No primeiro tipo de depressão, o paciente requer muita conversa, apoio material e emocional, mensagem de otimismo, que o ajudem a aliviar o seu sentimento de perda.

Podemos citar um exemplo: o que ajuda uma mãe nesse estado de depressão é saber que as crianças estão brincando felizes no jardim do vizinho, e que ficam lá enquanto o pai trabalha. Pode ajudar, também, saber que continuam rindo, indo a festinhas, que os boletins continuam com boas notas. Já no segundo tipo de depressão, os pacientes, na sua maioria, querem alguém para ouvi-lo sem muito indagar; é o momento de compreendê-lo e demonstrar afeto com gestos, sem necessidade de palavras.

Finalmente, se o paciente tiver tido tempo necessário, e recebido alguma ajuda para superar as fases anteriores, ele atingirá o último estágio, o da aceitação. É quando o paciente não mais sentirá depressão nem raiva quanto a seu destino. Estará cansado e bastante fraco, sentirá necessidade de dormir com frequência. Para a autora, esse estágio não deve ser confundido com uma fase alegre; pelo contrário, ele é quase isento de sentimento. É como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado, e fosse chegado o momento de ficar em paz.

Nessa fase, a maioria dos pacientes encontra uma certa paz, começa a fechar o seu círculo de interesse pelas coisas da vida, preferindo ficar só.

É uma fase, onde os pacientes já não têm o que conversar; o que necessitam é apenas de silêncio, tranquilidade e paz, para que possam morrer com mais dignidade.

“A capacidade de morrer com dignidade é muito importante para o paciente. E a dignidade nasce da

participação e da autonomia do paciente, de sua capacidade de escolher a própria morte”

(Simonton, 1990:197).

E, para obter essa tranquilidade, é importante que alguém da família permaneça perto até o fim, pois perceberá assim, que não será abandonado e nem mesmo esquecido.

Há alguns pacientes que lutam até o fim, porém, quanto mais se debatem para driblar a morte inevitável, quanto mais tentam negá-la, mais difícil será alcançar o estágio final de aceitação, com paz e dignidade.

A família e a equipe hospitalar podem achar que esses pacientes são resistentes e fortes, e os encorajam na luta pela vida até o fim. Nessa fase, diminui o interesse pelas coisas da vida e passam a pensar em outra modalidade de vida - a possibilidade de sobrevivência da alma - e passam a aguardar a morte com tranquilidade.

A agonia cessa, e o doente em fase terminal encontra a paz.

Esses estágios não acontecem, necessariamente, na sequência lógica descrita, mas dependem do estado bio-psico-social do paciente e, também, do apoio recebido dos amigos, familiares e profissionais.

Cabe, aqui, ilustrar nossas colocações, através da oração do Doente terminal presente no epílogo do livro D'ASSUMPÇÃO (1987: SP), e na qual estão explícitas essas fases pelas quais passa o doente oncológico.

“Senhor,

De repente dei-me conta da doença que possuo

E descobri então por que minha esposa, meus filhos e meus amigos

*Me visitam com um sorriso tão forçado
E os olhos vermelhos pela dor que lhes provoco.
No início, Senhor, recusei-me a acreditar:
Como era possível que eu, até então forte e bem
disposto,
Trabalhando sem olhar horários ou dificuldades,
Podia estar num leito de hospital
Condenado a, quem sabe, poucos dias de vida?
Depois, Senhor, senti ódio de ti.
Como podia admitir a tua condição de Pai,
Permitindo que em plena caminhada,
Fossem cortados todos os meus planos e sonhos,
tão longamente acalentados?
Como aceitar perder meu emprego, minha casa,
meus amigos, minha família,
Que tantos anos levei para formar?
Mas decidi rezar, Senhor,
Fazendo mil promessas e barganha, trocando minha
condição de doente
Por creches, sacrifícios, doações,
Nada disto adiantou, e minha doença prossegue
inexoravelmente.
Sinto dores demais e grande é o meu desconforto.
Jamais aliviado pelos médicos que me tratam.
Ou pelas enfermeiras que me assistem.
Tentei falar com eles a respeito de minha doença, de
minhas angústias e de meus temores,
Mas tanto os médicos - que eu julgava sábios e forte,
Como as enfermeiras - que eu julgava seguras em seu
trabalho,
Se mostravam apavoradas diante de minhas perguntas
E, enfaticamente, negaram que estou morrendo
Mas agora eu bem sei que todas as negativas,
Todas as respostas ambíguas ou simplistas*

*Cheias de termos técnicos,
Servem apenas para esconder o medo, que eles mesmo
têm,
Desta realidade tão concreta em nossas vidas:
a morte.
E é por isso, Senhor,
Que, ao invés de apenas ficarem ao meu lado,
Tomando a minha mão quando me sinto desamparado,
Ou ouvindo pacientemente minhas lamúrias,
meus gemidos,
Quando a dor se tornava intolerável,
Doparam-me com medicamentos paliativos e levaram-
me para a CTI.
Ambiente frio e desumano, onde aparelhos
insensíveis à minha dor e ao meu sofrimento,
Marcam gráficos, traçam linhas, sonorizam
eletronicamente as batidas de meu coração.
E, pior ainda, onde fico distante de minha família, de
meus amigos, de seus calor,
Várias vezes pedi para sair deste lugar horrível.
Onde meus companheiros de infortúnio são corpos
inertes,
Alguns trazendo, em seus olhos parados, a morte que
certamente os levou,
Ainda que toda uma parafernália sofisticada,
conserve seus corações batendo e seus pulmões
respirando,
Simulando uma vida há muito extinta,
E eu fico observando e perguntando: por que esta
macabra brincadeira,
Brincadeira de “fingir de vivo com o que já mergulhou
na morte?”
Será um gesto de desespero dos profissionais de Saúde,*

que por orgulho, prepotência não querem admitir seu fracasso,

Suas limitações diante deste insondável mistério que é a vida?

Será porque se esqueceram de que somente Tu és o Senhor da Vida?

Aquele que cria do nada e que é portanto o único que pode tirá-la?

E então, Senhor, como não me entenderam e me deixaram aqui,

Aproveitei para pensar na vida,

No que fiz e no que deixei de fazer.

Vejo que poderia ter feito muitas coisas melhor,

Fui muito omissa em minhas obrigações de solidariedade,

Deixando de ajudar meus irmãos que sofriam ou que de mim necessitavam.

Valorizei o “ter mais”, esquecendo-me por vezes do “ser mais”,

Não realizando com isso, o verdadeiro sentimento de minha vida.

Gostaria agora, de ter um pouco mais de tempo

Para corrigir algumas coisas, para realizar algumas outras.

Em complementar muitos sonhos que apenas sonhei,

Mas pouco ou nada fiz para realizar.

Estou certo, entretanto de que não terei este tempo

E, estranhamento, isto já não me angústia.

Sei que não fui completo, mas ser completo não é próprio do homem.

Vejo agora, com a clareza que só a proximidade da morte pode dar,

Que só irei realizar-me em plenitude,

Ao unir-me com a Perfeição que és Tu, Senhor.

E, para isto, é preciso que me liberte deste corpo limitado,

Desta prisão espaço-temporal que me serviu de instrumento de caminhada.

É preciso que este corpo se transforme

Numa realidade pura e sem peias,

E só serei capaz de voar em perfeita liberdade,

Buscando no estar contigo, a consumação de meu destino.

Aceito, então, Senhor, a minha morte,

Venha como vier, venha quando vier.

Já não me importo se será hoje, amanhã ou daqui a muitos dias.

Basta-me saber que será através deste portal da eternidade,

Que tantos, como eu até há pouco tempo, temem atravessar,

Que chegarei até Tua presença.

E, confiante no Teu amor, em Tua misericórdia,

Que em nada se assemelha à justiça mesquinha, limitada a vingativa dos homens,

lançar-me-ei em teus braços

E verei o definitivo realizar-me de minha vida e de tua vontade.

AMÉM."

CAPÍTULO III

O SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR E

SUA CONTRIBUIÇÃO AO ATENDIMENTO

3.1. Ação interdisciplinar junto ao paciente oncológico.

As preocupações deste trabalho voltam-se para a atuação, profissional no Hospital Universitário e, nesse sentido, torna-se importante, ao lado das referências teóricas apresentadas, caracterizar a situação dos pacientes que recorrem aos serviços. Essas referências teóricas, bem como os conhecimentos a respeito do paciente permitirão pensar em formas mais adequadas de atuação da equipe.

O Hospital Universitário é um hospital geral, e funciona como órgão complementar da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem como finalidade básica a assistência médico-cirúrgica, o ensino na área de saúde, e o desenvolvimento de pesquisa e extensão.

O Hospital Universitário se integra ao sistema único de saúde, o SUS. Esse sistema repassa verbas ao Hospital Universitário, por intermédio da policlínica do SUS (antigo INAMPS), sendo que a Reitoria as controla e a instituição as administra.

O Hospital tem como objetivo principal prestar assistência bio-psico-social, visando conservar, recuperar, preservar e elevar o nível de saúde, proporcionando, melhores condições de saúde à população atendida.

Os objetivos gerais da instituição definidos no plano de ação do Serviço Social são os seguintes:

- “Atender a comunidade , em geral, constituindo-se num hospital de base hospitalar do estado, prestando assistência primária, secundária e terciária, sobretudo à população da grande Florianópolis;
- Prestar atendimento médico-hospitalar, em medicina preventiva, à comunidade universitária e circunvizinhas;

- Formar profissionais na área de medicina e nas demais áreas da saúde.”

Atualmente, o Hospital Universitário conta com 198 leitos ativados, nas diversas especialidades de atendimentos, distribuídos entre clínicas médicas, clínicas cirúrgica, pediatria, ginecologia, Unidade de tratamento intensivo e de tratamento dialítico.

Oferece um atendimento globalizado, buscando um alto grau de resolutividade no estudo dos casos, desde o mais simples até os mais complexos.

Dentre as especialidades oferecidas, o Hospital Universitário desenvolve atividades de ensino, assistência, pesquisa e extensão, como citado anteriormente, tanto a nível ambulatorial, como de internação, oferecendo os seguintes serviços: Cardiologia, Hematologia, Pneumologia, Neurologia, Ginecologia, Gastroenterologia, Cirurgia geral, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Proctologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Anestesiologia, Emergência, Terapia Intensiva, Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria e Oncologia.

Conta ainda, com os seguintes serviços de apoio: Hemoterapia, radiologia, cineangiocoronariografia, quimioterapia, laboratório de análises clínicas, laboratórios de citogenética, farmácia, centro de informações, toxicologia (CIT), serviços prontuário do paciente (SSP) e outros.

A clientela, que procura essa instituição hospitalar para tratamento, é constituída, freqüentemente, de pessoas de nível sócio-econômico precário, procedentes, principalmente, da grande Florianópolis e interior do Estado, cujo interesse principal é ver-se curado da doença, mas, na verdade, suas necessidades extrapolam o campo da cura física. Ele precisa, às vezes, ver-se atendido, inclusive, em suas necessidades psíquicas e sociais, requerendo uma atuação interprofissional, que promova mediações para auxiliá-lo na superação dos problemas emergentes.

Para esse atendimento global do paciente, o Hospital Universitário dispõe do seguinte quadro de profissionais: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e outros, e, além do pessoal permanente, conta com professores, que prestam assistência, alunos, bolsistas, estagiários e residentes.

Apesar de possuir recursos humanos em número satisfatório, a instituição é deficitária no tocante a recursos materiais, pois os equipamentos apresentam custos elevados, o que dificulta sua aquisição, e rápida superação, em função dos avanços tecnológicos. Dessa forma, os investimentos referem-se a qualificação dos recursos humanos, para oferecer melhor atendimento à população.

O trabalho realizado nesse hospital, é feito, na sua maioria, por grupos multiprofissionais, visando uma ação interdisciplinariedade.

A participação do Serviço Social, junto ao corpo de profissionais do Hospital Universitário, foi solicitado pelo diretor da comissão de implantação do Hospital Universitário, que viabilizou um trabalho em equipe com diferentes profissionais e especialistas. Esse trabalho tem por objetivo oferecer um atendimento das necessidades dos pacientes e seus familiares, no sentido de abranger as condições do indivíduo em sua totalidade. Devido a esse fato, o Serviço Social começou a fazer parte do quadro de profissionais do Hospital Universitário.

Atualmente, conta com sete assistentes sociais, que realizam atividades em vários setores, onde cada atividade desenvolvida corresponde a um projeto específico.

As áreas de atuação do Serviço Social são as seguintes:

- Ambulatório - plantão
- Emergência

- Unidades de internação que compreendem as clínicas cirúrgicas médicas (Feminina, masculina e pediatria)
- Hemoterapia e com o grupo de terceira idade GIG.

Trabalha também, com as patologias, como: diabéticos, ostomizados e pacientes crônicos.

A atuação do Serviço Social, no Hospital Universitário, tem uma contribuição muito significativa na medida em que considera, especialmente, os aspectos sociais, que envolvem o paciente, proporcionando um acompanhamento, baseado na realidade em que está inserido.

A partir do momento em que compreendemos o significado da palavra saúde, como o conjunto de condições, nas quais as pessoas vivem, podemos observar a importância da atuação do Serviço Social junto à equipe interprofissional, exercendo atividades, que buscam melhores condições de vida da população ali atendida. Usualmente, o assistente social encontra dificuldades e diversas limitações para atuação no campo da saúde, visto que o binômio saúde-doença está muito relacionado à prática médica. Assim, os objetivos do Assistente Social na instituição hospitalar do Hospital Universitário devem estar relacionados com os objetivos da unidade de trabalho e com os da instituição, e, principalmente, com os objetivos da profissão.

É importante ressaltar que uma boa parte de profissionais, entendem a saúde como ausência de enfermidade, e, não, como um processo social. A pessoa doente é vista de forma fragmentada, sem levar-se em conta o contexto social em que está inserida, e que o processo saúde-doença está relacionado com determinadas condições de vida. Diante dessa visão, é comum aos profissionais, principalmente da área médica, dicotomizarem os casos sociais e considerá-los exclusividade do Serviço Social.

Embora seja predominante esta concepção de saúde no Hospital Universitário, existem alguns profissionais, que buscam a compreensão da saúde, de forma global.

Dessa mesma forma, o Serviço Social atende a sua clientela, aquela que se encontra em dificuldades de assegurar seu tratamento de saúde, devido às suas precárias condições de existência.

Na sua maioria, são pessoas com baixo nível de escolaridade, baixa renda, desempregados, subempregados, aposentados e domésticas.

Essas pessoas procuram o Serviço Social para solicitar assistência, intervenção, em situações problemas, como: alojamento, alimentação, medicação, órteses e próteses (muletas, óculos, cadeiras de rodas), informação sobre o processo de internação hospitalar, direitos previdenciários e trabalhistas e recursos comunitários.

A ação do Serviço Social, frente a essas demandas, se dá na organização e prestação da assistência à população, através de auxílios concretos, bem como na articulação de recursos comunitários, ações educativas, assistências de apoio emocional, atendimento e orientação ao paciente e famílias que apresentam problemas emocionais, os quais interferem no processo de tratamento e recuperação da saúde.

O objetivo de atuação do Serviço Social, no Hospital Universitário, são as situações vivenciadas pela clientela, na vida cotidiana, no seu processo saúde x doença, principalmente, relacionado às respostas dadas pelas políticas sociais.

O Serviço Social entende a saúde como luta pela sobrevivência, e resultante das condições de vida da população, e a assistência à saúde como um processo de construção da cidadania.

A assistência se constitui numa função principal do Serviço Social, e, além de seu caráter emergencial, individual, possui uma dimensão inscrita na formulação de políticas públicas e recursos comunitários.

Os objetivos do plano de ação do Serviço Social junto ao Hospital Universitário são:

- Desenvolver ações, que contribuam para a humanização do atendimento hospitalar;
- Desenvolver ações, que visem uma maior integração entre os diversos profissionais, que prestam atendimento globalizado à pessoa internada;
- Informar e esclarecer a clientela sobre o funcionamento e a dinâmica do atendimento hospitalar, visando, assim, minimizar o impacto da hospitalização sobre o paciente, e, ainda, propiciar a este condições de exercer um maior controle do seu processo de tratamento;
- Propiciar momentos de reflexão, e apoio ao paciente, buscando ajudá-lo no seu processo de vivência da enfermidade;
- Oportunizar ao paciente, através de reuniões e atividades ocupacionais, possibilidades de apoio e ajuda mútua, visando sua melhor integração com a comunidade hospitalar;
- Entrevista com o paciente, visando maior compreensão da relação saúde x condições de vida;
- Propiciar momentos de reflexão com o paciente e familiares, nos problemas sociais que dificultem, ou impeçam, a prevenção e recuperação da saúde;
- Prestar informações quanto à documentação civil, trabalhista e previdenciária;
- Mobilizar e encaminhar as pessoas aos recursos disponíveis da comunidade, com o objetivo de atender as necessidades apresentadas pelas mesmas, durante e após o tratamento;
- Desenvolver pesquisa sobre a percepção da clientela quanto a seu processo saúde x doença;
- Desenvolver pesquisa sobre as práticas familiares de automedicação, e sua relação com o sistema oficial de cura (hospital).

É baseado nesses objetivos que o Serviço Social do Hospital Universitário justifica sua participação sistemática junto ao paciente e seus familiares, numa colaboração ativa e constante, interagindo com a equipe interprofissional.

É importante, na prática do assistente social na área da saúde, perceber a dimensão do fenômeno saúde x doença, para poder instituir um elo de ligação entre as necessidades dos usuários, prestação de serviços e benefícios, e manter-se como mediador entre instituições e usuários, a fim de favorecer meios que possibilitem a resolução dos problemas advindos da realidade que o usuário está vivenciando.

HELENA HARTKE (1992) coloca que:

“As funções do assistente social não se limitam, exclusivamente, à prestação de serviços, mas se estendem, também, à função de promoção, capacitação, conscientização, mantendo e aprofundando o contato com o usuário estimulando a reivindicação dos seus direitos na melhoria dos serviços de saúde, e na forma de atendimento às suas necessidades...”

É importante colocar que, durante a prática de estágio, desenvolvido junto ao paciente oncológico no Hospital Universitário, percebemos que os objetivos do Serviço Social, no contexto institucional da saúde, vão além de suprir a prestação de benefícios. O que, é de interesse, na verdade, é um trabalho mais amplo, que compreenda o paciente na relação consigo mesmo, de uma forma global, procurando auxiliá-lo, em seu processo de cura, através da interpretação do diagnóstico médico e da amenização de suas angústias, tensões e dificuldades, bem como motivá-lo a ser agente ativo nesse processo. Além disso, objetiva o Serviço Social contribuir, para que o paciente e sua família, possam entender a questão da

saúde para além do estado físico, incentivando sua luta e conscientizando-os acerca de seus direitos, enquanto cidadãos.

“O processo de conquista requer uma ampla mobilização de pessoas que estejam conscientes de que sua reivindicação não é, absolutamente, descabida, mas corresponde a uma indiscutível necessidade para a sobrevivência de qualquer ser humano e, por conseguinte, coincide com um direito seu”.

(Moura, 1989: 57)

É necessário que o profissional de Serviço Social, na área da saúde, tenha uma ação educativa e uma atitude ética, como, também, habilidades para relacionar-se com o ser humano e interpretar-lhe sua situação.

A capacidade de comunicação é importante para interagir com indivíduos, em fases diversas da vida, e ainda com; profissões, costumes e culturas diferentes. O profissional, nessa área, deve cultivar, sobretudo, a capacidade de relacionamento intersubjetivo, isto é, entre si e o paciente.

Percebemos que o profissional esforça-se para entender e tratar o paciente com respeito, consideração e dignidade. Sabe que o paciente necessita de toda sua atenção, pois traz, consigo, toda sua existência.

É importante ao profissional a empatia, ou seja, imaginar-se no lugar do paciente, e tentar sentir o que ele está vivenciando, para saber o que se passa, realmente, na consciência do ser doente.

Assumir, então, o papel de doente, é renunciar, mesmo que, transitoriamente, ao desempenho de seu papel social”.

(Rezende, 1989: 97)

Observamos, através do paciente oncológico, que o assumir da doença causa uma grande angústia e ansiedade, pois, além da ameaça à vida, existe a pressão social. Quando a doença culmina com a internação hospitalar, a angústia e a ansiedade são intensificadas, já que ocorre uma transformação no cotidiano das pessoas.

Além disso, são levadas a um ambiente desconhecido, com normas e regulamentos, e perdem sua privacidade e seu espaço.

Face a esse fato, é preciso que o assistente social, profissional da saúde, compreenda a situação do paciente, pois este deseja sair da situação que vivência, e, para isso, espera muito da ação do profissional.

Como metodologia de intervenção, utilizamos o diálogo com o doente, detalhando e desmitificando as características e o conceito da doença, de forma a possibilitar-lhes a compreensão de seus problemas, para que encontre as melhores alternativas para superar suas dificuldades.

O diálogo tem seus requisitos, é considerado a maior força para a participação. Compreende, não só o melhoramento da capacidade de falar e escutar, como, também, não significa, somente, conversar, pois, para BORDENAVE (1983: 50),

“Significa se colocar no lugar do outro para compreender seu ponto de vista, respeitar a opinião alheia, aceitar a vitória da maioria, por em comum as

experiências vividas, seja, boas ou ruins, partilhar a informação disponível, tolerar longas discussões para chegar a um consenso satisfatório para todos”.

Tal requisito é de grande valia como instrumental, no incentivo aos pacientes, no processo de aceitação de sua doença.

A ação do Serviço Social, no Hospital Universitário, oferece ao profissional um conhecimento da problemática e das carências dos pacientes que, aliado à teoria permite-lhe fazer uma análise mais aprofundada da realidade. A intervenção do Serviço Social deverá ocorrer após o conhecimento dessa realidade, sempre considerando o usuário como um ser com necessidades biológicas, psicológicas e sociais, individuais, capaz de mudar a realidade em que se encontra, a partir do momento em que se toma a consciência de seus direitos e deveres.

O Assistente Social deve buscar uma prática profissional crítica, consciente e participativa, baseada no conhecimento da realidade.

Como descreve SOUZA (1988: 45),

“... Tem-se a considerar que o Assistente Social, como integrante do conjunto dos atores institucionais, faz a instituição através de sua prática”.

3.2. Particularidades da ação profissional do Serviço Social na equipe interdisciplinar.

A ação do Serviço Social, na equipe, fundamenta-se na necessidade de organização e prestação da assistência social ao paciente e sua família.

O profissional de Serviço Social tem intervenção direta junto ao paciente, utilizando-se de instrumentais técnicos e recursos para conhecer e atender as implicações da internação hospitalar. Um dos instrumentais técnicos utilizados é a abordagem, que, para MARIA LUIZA DE SOUZA (1987: 82), é:

“...um processo, com a qual o profissional desenvolve suas relações com outras pessoas. A abordagem marca o desenrolar de todo um conjunto de ações pelo que consegue, expressar, sobretudo, no seu início”.

É por intermédio da abordagem individual que o profissional do Serviço Social, em essência, procura ajudar o paciente a resolver seus problemas, seja através de mudança de atitudes, seja utilizando recursos existentes na comunidade.

Utilizamos, ainda, a observação, que, para MARIA LUIZA DE SOUZA (1987: 184) consiste em:

“... ação de perceber, tomar conhecimento de um fato ou acontecimento que ajude a explicar a compreensão da realidade, encontrar os caminhos necessário aos objetivos a serem alcançados”.

Através da observação, pode-se obter elementos de compreensão da realidade, pois ela é um instrumento, um exercício que pode detectar, pelo modo de agir, tudo que envolve a relação do cotidiano. É olhar com objetividade.

A entrevista é uma das técnicas, consideradas adequadas para a revelação de informação; é o meio por excelência para estabelecer relações com o cliente, a fim de permitir a intervenção do Serviço Social. Entendemos ser, através dela, que o Assistente Social conhece a realidade exteriorizada pelo usuário, e, por seu intermédio, estabelece espaço para o diálogo.

“A entrevista é utilizada como forma de desvelamento do real, onde há a necessidade de priorizar um atendimento individual. O estabelecimento do diálogo proporciona um ampliar na consciência do cliente e do Assistente Social, onde ocorre uma troca mútua de saberes”.

(Barbosa, 1989, SP).

Com isso, percebemos que diálogo e entrevista se completam.

Para SOUZA (1989: 187),

“A entrevista é uma conversa entre duas ou mais pessoas, com o objetivo de compreender, identificar ou constatar uma situação determinada”.

É através da entrevista que o profissional de Serviço Social procura compreender a realidade em que o usuário está inserido, construindo, com ele, uma relação embasada no diálogo. Quando este ocorre, cada um passa a opinar, expressar o que sente e encontrar

respeito pelo outro. Torna-se possível conhecer a história de vida do paciente e suas relações, buscando-se compreender e respeitar seus valores.

O Serviço Social tem a concepção de que a saúde do usuário não está relacionada somente aos fatores físicos, e procura, assim, visualizar o homem como uma unidade bio-psico-social, inscrita em uma realidade específica.

O programa de ação do Serviço Social no Hospital Universitário prevê os seguintes objetivos:

- Conhecer o contexto social do paciente crônico atendido no Hospital Universitário.
- Prestar serviço sócio-assistenciais, de acordo com as necessidades da doença e de acordo com cada paciente.
- Favorecer a articulação de serviços, recursos comunitários, com vistas a possibilitar ao portador de doença crônica um melhor enfrentamento do seu processo saúde - doença.
- Motivar os familiares para aceitação e participação no tratamento hospitalar.
- desenvolver pesquisa referente ao atendimento ao paciente crônico, tanto na área da educação, quanto na assistência.
- Motivar ações que visem uma maior integração entre os diversos profissionais, que prestam atendimento aos pacientes, garantindo-lhes, assim, um atendimento globalizado.

Pois entende-se que o homem é um ser com necessidades biológica, psicológicas, sociais e quando uma de suas necessidades fica em desequilíbrio; as demais serão, conseqüentemente, afetadas.

“O paciente com câncer adoece como uma unidade vital somato-psicológico, apresentando muito mais do que uma doença orgânica com sua sintomatologia, pois junto

a ela estão a consciência e os sentimentos frente à enfermidade, com as repercussões próprias e pessoais na maneira de viver, de adaptar-se aos stress vital e delinear seu próprio destino”.

(Angermani, 1992: 77).

O atendimento a esses pacientes se dá devido à carência, angústia, insegurança, medo, frustrações, raiva que enfrentam por causa da doença.

Entende-se que o diálogo com o paciente, a compreensão, o apoio e o respeito frente aos problemas são caminhos para a humanização. Esta deve ocorrer, no sentido de que a identidade do paciente não se perca na estrutura e funcionamento hospitalar, buscando-se trabalhar com eles suas ansiedades, ressaltando que estão recebendo assistência médico hospitalar, não como um favor, mas como um direito previsto na Constituição, em seu artigo 196:

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Mesmo a saúde sendo um direito de todos, previsto na Constituição, a maioria dos usuários não tem este conhecimento. Desse modo, uma das funções do Serviço Social é a veiculação acerca dos direitos do cidadão, para que os mesmos saiam do papel para a realidade.

Como já falamos, a internação trás, muitas conseqüências aos usuários que, na sua maioria, se sentem sozinhos, deprimidos e sem expectativas quanto ao tratamento e à doença.

Os pacientes sofrem com a doença, pois, numa sociedade capitalista, eminentemente competitiva, a existência humana perde a sua liberdade, ao se restringir à luta pela sobrevivência. Pode-se perceber que o sofrimento se intensifica na medida em que o paciente portador de câncer, seja ele o pai, a mãe, o adolescente toma consciência de que terá suas potencialidades diminuídas. Pontencialidades, estas, que possibilitam, ao nosso ver, não só a luta pela sobrevivência, mas, também, a busca por condições de existência dignas, do ser humano.

“O Assistente Social, e profissional de saúde, necessita trabalhar com seus próprios valores, para que, intuitivamente, saiba quando e como falar e agir para ajudar o paciente e ajudar-se”.

(Mayol, 1989: 132).

Com isso, procuramos estabelecer um bom relacionamento com o paciente, tentando compreendê-lo, para que possamos trabalhar, juntos, as suas necessidades e capacidades.

Percebemos que, através de um bom relacionamento, o profissional tem possibilidade de reafirmar o seu compromisso com o paciente. Quanto a isso, DAMASCENO (1992: 90) argumenta o que vem ao encontro do que entendemos por compromisso:

“O compromisso, como ato de vontade, não surge espontaneamente no profissional (forma voluntário), mas se constrói e explicita, na vivência da prática, isto é, ação-reflexão sobre a realidade, como consequência do seu compromisso no engajamento pela transformação da sociedade.

O compromisso do Assistente Social com os grupos é um ato coletivo; é uma consequência do seu compromisso com a realidade social. O compromisso é a expressão da

vontade, do desejo, do esforço do profissional em encaminhar o projeto social de uma determinada classe social, seja no âmbito institucional ou junto aos movimentos populares. Assim, o compromisso não é um ato neutro, é um ato consciente, decidido, que requisita do profissional uma concepção de mundo e engajamento na sociedade”.

Com isso, identificamos que, através do compromisso com a clientela, é que se fará o espaço da prática profissional.

Após adquirir conhecimento da realidade e estabelecer um compromisso com o paciente, o Assistente Social tem como objetivo auxiliar no tratamento, orientar e esclarecer o paciente quanto a sua problemática. Estará, assim, contribuindo para eliminar tensões, favorecendo o paciente, bem como mobilizar recursos pessoais e externos para que ele possa melhor se adaptar e sentir-se mais seguro.

Buscamos, em nossa atuação, conhecer as dificuldades e características do paciente oncológico, e intervimos conforme o plano de atuação do Serviço Social na instituição. Entendemos que o assistente social desempenha um papel de mediação, uma vez que é o elo de ligação entre o paciente e a equipe multiprofissional.

Especificamente, as ações profissionais podem ser assim detalhadas:

- Quando o paciente oncológico ingressa no hospital; são registrados todos os dados a seu respeito no diário censo.

O diário censo faz parte da rotina de atendimento do paciente; é através deste, que tomamos conhecimento, diariamente, do número de pacientes que ingressam no hospital; desse modo, identificamos o nome do paciente, a sua idade e a patologia a ser tratada.

Posteriormente, recorreremos ao prontuário médico, onde são anotadas informações mais detalhadas sobre o paciente, assim como o encaminhamento de que, necessita no momento. Através desse prontuário, identificamos sua procedência, informações sobre familiares, nome do médico que o acompanha, e, principalmente, os exames realizados, os quais evidenciam o processo de evolução de sua doença.

Após estarmos ciente de todas as informações a respeito do paciente, realizamos a primeira abordagem individual, o primeiro contato. Neste, resgatamos as principais informações acerca de sua situação social, expectativas quanto ao tratamento e à instituição, e obtemos informações sobre as formas de atendimento hospitalar existente em seu município e seu grau de compreensão sobre a doença:

“Sei que estou muito doente e tenho medo de passar a noite toda aqui, e ninguém me dar um remédio; já fiz uma simpatia com um chá, mas acho que não vai resolver só com isso. Estou muito nervosa e preocupada, porque meus filhos ficaram com a vizinha”.

(C.K., 43 anos).

Geralmente, quando um doente chega ao hospital, traz consigo, não só a patologia a ser tratada, mas todos os problemas decorrentes dela. Traz, também, suas crenças e seus conhecimentos particulares a respeito do seu estado de saúde.

Ainda, na abordagem inicial, é possível identificarmos no paciente uma das cinco fases que ELISABETH KÜBLER-ROSS descreve: negação, raiva, barganha, depressão ou aceitação.

Durante esse primeiro contato, estabelece-se o diálogo, onde os pacientes geralmente sentem-se angustiados por estarem no hospital.

Na maioria das vezes, encontramos dificuldades em compreender o paciente. Devido ao fato de pertencerem a outro universo cultural, não conseguem externar suas idéias, ou, quando o fazem, é de forma confusa ou insuficiente; não raro, encontramos dificuldades em estabelecer o diálogo, pois alguns pacientes se fecham de tal forma que impossibilitam a entrevista.

Muitos, ainda, inicialmente, não falam, devido ao medo, por não admitirem a doença ou, simplesmente, por não terem conhecimento das graves consequências do câncer.

Interpretamos todo o funcionamento e a dinâmica do atendimento hospitalar, inclusive sobre as documentações civil, trabalhista e previdenciária.

Quando identificamos que o paciente não tem conhecimento de que é portador de câncer, em nossa intervenção, não nos cabe informá-lo.

Assim procuramos incentivá-lo e motivá-lo para que solicite mais informações de seu médico sobre sua saúde.

Cabe enfatizar que, desde o início, é de vital importância que o paciente estabeleça um bom relacionamento com seu médico; assim, durante a intervenção, colocamos que uma comunicação clara e aberta facilitará ao paciente compreender o médico e vice versa.

Por isso, ressaltamos ao paciente que sempre deve colocar o que está sentindo, expressar suas dúvidas e angústias ao médico e aos demais profissionais.

- Durante a permanência do paciente no hospital:

Nesse período, com as informações obtidas, o assistente social passa a agilizar os encaminhamentos relativos as situações advindas da doença, do tratamento e das suas implicações sociais.

Algumas vezes, por intermédio da equipe de saúde, tomamos conhecimento de pacientes que necessitam da atuação do Serviço Social. A partir daí, realizamos uma entrevista. Durante a mesma, observamos que os pacientes, em sua totalidade, apresentam reações frente à doença; uma das quais é o sentimento de raiva. Quando o paciente se encontra nessa fase, não se mostra receptivo. Julga que não cabe ao assistente social orientações que possam amenizar a doença, e confiam somente ao médico a sua recuperação. Muitas vezes, não aceita a visita de familiares, agredindo, verbalmente, quem tentar se aproximar para saber a respeito do seu tratamento.

Frente a essa situação, o profissional de Serviço Social procura sempre deixar claro que está disponível para atender as necessidades do paciente sempre que este solicitar.

Durante nossa intervenção, colocamos para o paciente que esse tipo de comportamento só trará prejuízos para sua recuperação. Enfatizamos, ainda, que todos os profissionais são capacitados e estão à disposição para atendê-lo em todas as suas necessidades.

Paralelamente, procuramos esclarecer os familiares sobre o comportamento do paciente. Explicamos que é uma fase passageira, cessando a partir do momento em que o paciente tome consciência de que o sentimento de raiva não trará benefícios para seu tratamento.

Não raro, identificamos, também, pacientes com algum tipo de depressão e que, durante a entrevista, externam suas angústias. Geralmente, choram muito, como no caso de uma paciente de 54 anos, portadora de câncer de mama:

“Estou aqui há quase um mês, e não recebi uma só visita. Sei que meus dois filhos estiveram no centro, mas não vieram me ver. Eles não ligam prá mim.

Que vida é esta? Ter filhos prá acabar aqui... Se eu morrer, sei que não vou fazer falta mesmo ... ninguém gosta de mim”.

Quando percebemos a causa que interfere na qualidade de vida do paciente, prejudicando, ainda mais, sua recuperação, articulamos os devidos encaminhamentos, acompanhamentos de orientação. Nesse caso citado, procuramos entrar em contato com seus familiares, solicitando o comparecimento ao hospital, a fim de estarem cientes de sua importância para o êxito do tratamento.

O contato com os familiares do paciente é estabelecido diariamente, mesmo com os que residem fora da capital, com visitas a mantê-los informados sobre o estado do paciente, garantindo-lhes, assim, o direito às informações.

Com mais detalhes, AMMANN (1980: 26), explica que:

“Um sistema de informações, mesmo que desempenhe uma tarefa dialógica, fornecendo elementos para uma clara percepção, e o consciente julgamento da realidade, representa, ainda, um dos primeiros passos ao deslanchar do processo participativo”.

Além disso, a ação do Serviço Social estende-se em identificar outras situações problemáticas que o paciente oncológico pode apresentar, tais como: dificuldades emocionais latentes, estado de pobreza, ansiedade, angústia, tensões e outras.

Quando desvelamos a situação apresentada pelo paciente, identificamos a necessidade da intervenção de outro profissional (psicólogos, nutricionistas e outros) e articulamos, imediatamente, o confronto entre paciente e profissional necessário.

O profissional de Serviço Social ainda mobiliza e encaminha o paciente oncológico aos recursos disponíveis da comunidade, com o objetivo de atender as necessidades, apresentadas durante e após tratamento.

- Quando o paciente recebe alta e/ou óbito:

Quando o paciente recebe alta, cabe ao Assistente Social comunicar à família, ser for necessário.

“Nem adianta chamar minha irmã para me buscar, ela é mais pobre do que eu. Não sei como vou sair daqui”.

(M.T., 31 anos).

Como no caso dessa paciente, quando os familiares não têm condições financeiras para se deslocar até a capital, realizam-se negociações com a respectiva Prefeitura, para que esta viabilize o deslocamento do paciente do hospital até o seu município.

Se nossa reivindicação junto à Prefeitura não tiver uma resposta satisfatória, em última instância, agilizamos, junto a Secretaria da Saúde ao SUS (Sistema Único de Saúde), um veículo para o deslocamento do paciente. Essa ação de agilizar recursos inscreve-se no rol de direitos assegurados pela atual política de saúde, preconizada na Constituição, art. 198, “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”.

Cabe salientar, que quando o paciente recebe alta, este e sua família são esclarecidos a respeito dos recursos existentes em seu município, assim como, quanto aos cuidados necessários, requeridos pelo paciente.

No caso de óbito, a ação do Serviço Social, além de confortar e dar apoio à família, articula recursos junto à Prefeitura para a realização do funeral. Isso ocorre, quando os familiares não têm condições de arcar com as despesas.

Faz-se necessário enfatizar que a ação do Serviço Social participa e acompanha o paciente oncológico em todas as fases, desde a sua internação até sua alta e/ou óbito.

Poucas vezes, tivemos a oportunidade de presenciar uma das fases mais amenas da doença: A aceitação.

Esta fase é, algumas vezes, identificada, quando o paciente recebe alta. Durante os contatos, ele coloca que já sabe de sua doença tem consciência da sua gravidade e sabe que, muitas vezes, leva à morte.

Durante essa fase, encontra-se mais abertura para estabelecer, com ele, um bom relacionamento, porém sente muita necessidade de ficar só, buscando tranquilidade e delegando a “Deus” o seu destino. O profissional procura atender as suas necessidades, apoiar os familiares e orientá-los, caso ocorra a morte.

- A ação com os familiares do paciente oncológico:

Entendemos que é preciso que a família compreenda o tratamento como um conjunto de ações em que todos devem participar.

Com isso, atuamos no sentido de orientar e incentivar as famílias a visitarem os pacientes, enquanto estes permanecem internados.

Os pacientes que recebem visitas diárias enquanto estão internados, se mostram seguros e confiantes. Nesse sentido, explicamos à família a importância da presença diária, nos horários de visita, e também orientamos os familiares em como procederem junto ao doente,

para que sejam evitados atos ou procedimentos que venham a provocar depressão, ansiedade ou angústia ao paciente.

Muitos dos familiares utilizam parte do período de visitas para obter, juntamente aos médicos, informações sobre o tratamento de seus familiares enfermos. Verifica-se que a maioria das famílias teme incomodar a equipe de saúde com perguntas e dúvidas. Procuramos eliminar esse tipo de temor. As famílias são incentivadas a perguntar sobre a doença e sua evolução. Só assim, poderão colaborar no tratamento, ajudando a amenizar o sofrimento do paciente.

MATTHEWS-SIMONTON (1991: 42) diz que:

“À medida em que as informações médicas são reunidas, o paciente e sua família podem começar o processo de tomada de decisões, que é um elemento importante na luta contra o câncer...”

Reunir as informações disponíveis sobre o assunto é uma boa maneira de dissipar a ansiedade sobre o câncer”.

Nesse sentido, procuramos esclarecer os pacientes e familiares sobre os procedimentos médico - hospitalares, numa linguagem acessível.

O Assistente Social ainda intervém junto à família, quando esta necessita de recursos para permanecer mais próximo do paciente. Atualmente, o Hospital Universitário dispõe dos seguintes recursos:

- passagens;
- fornecimento de alimentação ao acompanhante do paciente;
- mobilização de alojamentos para familiares vindos do interior.

Assim, a família passa a ser um ponto de apoio para o doente, porém precisa de esclarecimentos sobre a dinâmica da doença, das dificuldades que ela desencadeia no relacionamento familiar e, também, de apoio para resolver suas dificuldades diante de tal situação.

Durante o período de internação do paciente, procuramos, junto aos familiares, viabilizar a frequência de suas idas ao hospital.

- Articulação de recursos comunitários:

Articular recursos comunitários é a prática mais frequente do profissional de Serviço Social. Estes contatos são efetuados por telefone ou por encaminhamento escrito.

Geralmente, encaminhamos o paciente e sua família à Prefeitura após o tratamento, quando a Assistente Social viabiliza recursos disponíveis, com o objetivo de atender as necessidades apresentadas.

À profissional de Serviço Social cabe agilizar, também, junto a outros hospitais, a realização de exames, mesmo em hospitais fora da capital. Os exames realizados são os seguintes: ressonância magnética, radioterapia e quimioterapia, entre outros.

Nesse sentido, sempre que necessário, procuramos auxiliar o paciente no processo de tomada de decisão, orientando-o sobre os recursos da comunidade para que, após reflexão, passe à ação.

VIEIRA (1989: 37) recomenda:

“Ao utilizar os vários recursos da comunidade, o Assistente Social não deve substituir-se ao sistema-cliente; não deve fazer para ele, mas informá-lo da

existência, finalidade, funções e funcionamento do recurso”.

Enfim, dependendo do problema do paciente, o profissional de Serviço Social, através da orientação sobre os benefícios a que ele tem direito, mantém contato com instituições que desenvolvem programas assistenciais, com familiares, com empresas nas quais os pacientes trabalham, como, também, com Prefeituras que se responsabilizam pelo transporte das pessoas que realizam tratamento fora do seu município.

Essas atribuições vêm dando conta do atendimento dos objetivos do programa proposto pela equipe de Assistentes Sociais do Hospital Universitário.

Considerações Finais

No presente trabalho, a atenção recai sobre a contribuição do Serviço Social ao atendimento do paciente oncológico no Hospital Universitário. Para tanto, foi necessário inicialmente, conhecer e compreender as características desses pacientes. Conforme vimos o câncer é uma doença que traz profundas e graves conseqüências para o paciente, tais como: depressão, angústia, medo e ansiedade que somadas a fragilidade decorrente da patologia e ao tratamento, geralmente ocasiona regressão no estado geral do paciente, podendo levá-lo à dependência. Portanto, a doença não compromete apenas o indivíduo, mas, também, suas relações sociais, principalmente com seus familiares.

Percebemos o processo difícil, pelo qual passa o doente e sua família; eles devem ser acompanhados na ocasião da hospitalização, uma vez que se trata, sempre, de uma prova difícil para o ser humano. Uma vez internado o doente, o profissional de Serviço Social deve ser capaz de interpretar, com ele a problemática decorrente de sua enfermidade, para que o mesmo e sua família possam responder, positivamente, ao tratamento hospitalar.

Ao analisar nossa prática junto ao usuário oncológico, concluímos que ele necessita de um acompanhamento da equipe multiprofissional, através da qual será possível percebermos esse ser humano, em sua totalidade.

Conforme o que foi vivenciado, não entendemos a saúde somente como ausência de doença, mas, sim, a situação resultante de políticas econômicas, sociais, culturais e jurídicas, incluindo a história pessoal de cada indivíduo, o nível de percepção do próprio corpo e das disfunções orgânicas e a dinâmica com o meio ambiente.

Por intermédio desse estudo, presenciamos a problemática que atinge o paciente, e o importante papel desempenhado pelo profissional. O Assistente Social necessita ter clareza de

sua atuação, com objetivos bem estabelecidos, bem como conhecimento acerca da problemática do câncer e suas conseqüências no plano da vida prática, cotidiana do paciente e família.

É importante, também, enfatizar que o Assistente Social deve ter claro que só contribuirá para um bom atendimento do paciente oncológico, na medida em que sua ação ultrapassasse a estrutura institucional. A prática, centrada em ações preventivas, terapêuticas, individuais e coletivas, sem dimensões políticas-partidárias, mas, sim, numa conjuntura mais ampla, de políticas sociais, contribuirá de forma significativa, para uma abordagem mais eficiente da questão.

Ao elaborarmos este trabalho de Conclusão de Curso não consideramos concluída a discussão sobre o tema, tendo em vista sua complexidade.

Entretanto, pretendemos contribuir para maior compreensão da necessidade de ser reconhecida, como fundamental, na área da saúde, a intervenção do Serviço Social, como integrante de uma equipe interprofissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMMANN, Safira Bezerra. Participação social. São Paulo: Cortez e Moraes, 1980.139p.
- ANGERMANI-CAMON, Valdemar Augusto. O doente, a psicologia e o Hospital. São Paulo: Pioneira, 1992.108p.
- BARBOSA, Mário da Costa. XI Encontro Nacional de Estudantes de Serviço Social. Belém: julho de 1980.
- BAYER, Gustavo F. e LEYS, Hector R. Saúde enquanto questão politicamente intermediado. Serviço Social e Sociedade, n.22. São Paulo: Cortez, dez. 1986.108p.
- BEREZOVSKY, Mina. Serviço Social médico na administração hospitalar. 2.ed. São Paulo: Cortez e Moraes, 1980.185p.
- BOEMER, Magali R. Assistência aos Pacientes Terminais. Revista Paulista de Hospitais. São Paulo, 31(1/2): 33-37. Janeiro, Fevereiro/1983.
- BORDENAUE, Juan. e DIAZ. O que é comunicação. 7.ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.105p.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. Senador Federal, 1988.
- CASSORLA, Rooseve T. M. S. Da morte - estudos brasileiros. São Paulo: Papiros, 1991.241p.
- COHN, Amélia et al. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 1991. 164p.
- D'ASSUMPCÃO, G. V. Os que partem e os que ficam. Belo Horizonte, Ed. lutador. 1987.
- DAMASCENO, Miriam. Caderno de teses. 7ª Congresso brasileiro de Assistentes Sociais. CFESS. São Paulo, maio de 1992.211p.
- GAUDERER, E. Christian. Os Direitos do paciente: Um manual de sobrevivência. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.233p.

- HARTZE, Helena de Oliveira. Serviço Social e seguridade social - saúde pública. Tese 1 in: Caderno de teses. Sétimo Congresso brasileiro de Assistentes Sociais. São Paulo, 1992.
- KUBLER-ROSS, Elizabeth. Sobre a Morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1985.290p.
- LEPARGNEUR, Hubert. O doente, a doença e a morte: implicações sócio-culturais da enfermidade. São Paulo: Papirus, 1987.208p.
- MAYOL, Renato. Câncer: Corpo e alma. São Paulo: Mercuryo, 1989.189p.
- MINAYO, Maria C. de Souza. A saúde em estado de choque. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo. 1986.128p.
- MOURA, Denócrito. Saúde não se dá: conquista-se. São Paulo: HUCITEC, 1989.225p
- NOGUEIRA, Vera Maria R. Aspectos sociais e éticos do relacionamento com usuário dos serviços hospitalares e seus familiares. S.d. - mimeo.
- OLIVIERI, Durval Pessoa. O "ser doente" - dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Moraes, 1985.81p.
- PAULO NETTO, JOSÉ e FALCÃO, Maria do Carmo. Cotidiano: conhecimento e Crítica. São Paulo: Cortez, 1987.93p.
- PITTA, Ana. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1989.217p.
- REMEN, Naomi. O paciente como ser humano. São Paulo: Summus, 1993.217p.
- REZENDE, Ana Lúcia de. Saúde - dialética do pensar e do saber. São Paulo: Cortez, 1989.159p.
- SANTOS FILHO, Otelo Corrêa dos, et al. A equipe de saúde e a morte do paciente. Revista Hospitalar Moderno. Rio de Janeiro, 2(2): 06 - 21, 1985.
- SANTOS, Antônio Gonçalves. A prática do Serviço Social nas instituições. São Paulo: Cortez, (Serviço Social e Sociedade, 10), 1982.

- SILVA, Miriam Moresco. Qualidade de Vida e Paciente com Câncer - uma leitura. Florianópolis - SC. Universidade Federal de Santa Catarina, 1991. Trabalho de conclusão de curso do Serviço Social.
- SILVEIRA, Luiz Alberto, et al. Câncer: O que você precisa saber. Florianópolis. Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.162p.
- SIMONTON, Stephanie Mathews; et al. A família e a cura: O método simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo Summus, 1990.205p.
- SONTAG, Susan. A doença como metáfora. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1984.108p.
- SOUZA, Maria Luiza de. Desenvolvimento de comunidade e participação. São Paulo: Cortez, 1987.
- SOUZA, Maria Luiza de. Questões teórico-práticas do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1982.136p.
- SPOSATI, Aldaisa de Oliveira et al. Assistência na trajetória da política sociais brasileiras: Uma questão em análise - 2.ed. São Paulo. Cortez, 1986.112p.
- STEDEFORD, Averil. Encarando a Morte: Uma abordagem com o paciente terminal. Porto Alegre. Artes médicas, 1987.168p.
- TÄHKÄ, Ucikko. O Relacionamento médico - paciente. Porto Alegre. Artes médicas, 1988.227p.
- VIEIRA, Josiane L. As condições de participação da pessoa internada no Hospital Universitário. Florianópolis: UFSC, 1989. Trabalho de Conclusão de Curso.